

إشعار جهة العمل للموظف بنظام استمارة (W2)

الكيانات المشمولة التي لديها 25 عاملاً أو أكثر

الحقوق والواجبات بموجب قانون الإجازات العائلية والطبية بولاية ماساتشوستس،
(M.G.L. c. 175M)

(لمعلا تمهجد حسبا)
(لمعلا تمهجد عراشلا ناونء)
(لمعلا تمهجد يدربلا زمرلا ،تيلاولا ،تنيديملا)
(لمعلا تمهجد تيلارديفلا تميوهلا مقر) (FEIN)

تفسير المنافع

- اعتبارًا من 1 يناير/ كانون الثاني، 2021، يحق لك الحصول على
 - إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة تصل إلى 12 أسبوعًا في سنة الاستحقاق لولادة طفل أو تربيته أو رعايته، أو بسبب وجود شرط مؤهل ناشئ عن حقيقة أن فردًا من العائلة في الخدمة الفعلية أو تم إخطارها بوجود دعوة وشيكة للخدمة الفعلية في القوات المسلحة؛
 - إجازة طبية مدفوعة الأجر تصل إلى 20 أسبوعًا في سنة الاستحقاق إذا كانت لديهم حالة صحية خطيرة تعجزهم عن العمل
 - إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة تصل إلى 26 أسبوعًا في سنة الاستحقاق للعناية بأحد أفراد الأسرة الذي يخدم في القوات المسلحة ومغطى ويخضع للعلاج الطبي أو يعالج بطريقة أخرى لعلاج عواقب حالة صحية خطيرة تتعلق بالخدمة العسكرية لهذا الفرد.
- اعتبارًا من 1 يوليو/ تموز، 2021، قد يحق لك الحصول على
 - إجازة عائلية مدفوعة الأجر لمدة تصل إلى 12 أسبوعًا للعناية بأحد أفراد الأسرة المصاب بحالة صحية خطيرة.
 - إجازة مدفوعة الأجر لا تزيد عن 26 أسبوعًا، في مجملها، لأسباب عائلية أو طبية في سنة استحقاق واحدة.
- سيتم تحديد مبلغ الإعانة الأسبوعية الخاصة بك على أساس الدخل الذي يحصل عليه الموظف، بحد أقصى 850 دولار للأسبوع.

حماية الوظيفة، استمرارية التأمين الصحي، عدم انتقام

- **حماية الوظيفة:** بشكل عام، إذا أخذت إجازة عائلية أو إجازة طبية وفقاً للقانون، تجب إعادتك إلى وظيفتك السابقة أو إلى وضع مساوٍ لها، بنفس الحالة، والأجر، واستحقاقات العمل، وانتماء مدة الخدمة، والأقدمية اعتباراً من تاريخ مغادرتك.
- **استمرارية التأمين الصحي:** يجب أن تواصل جهة عملك تقديم لك منافع التأمين الصحي المتعلقة بوظيفتك والمساهمة فيها، إن وجدت، على نفس المستوى وفي ظل نفس الظروف التي كانت ستقدم فيها التغطية إذا واصلت العمل بشكل مستمر طوال مدة هذه الإجازة.
- **عدم الانتقام:** من غير القانوني لأي جهة عمل القيام بالتمييز أو الانتقام منك لممارستك أي حق يحق لك بموجب قانون الإجازات العائلية والطبية مدفوعة الأجر. يجوز للموظف أو الموظف السابق الذي يتعرض للتمييز أو الانتقام لممارسته الحقوق بموجب القانون، بعد مرور ما لا يزيد عن ثلاث سنوات على حدوث الانتهاك، رفع دعوى مدنية أمام المحكمة العليا.

المساهمات في الصندوق الائتماني لأمن الأسرة والوظيفة التابع لإدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML)

في 1 أكتوبر/ تشرين الأول، ستبدأ المساهمات في الصندوق الائتماني لأمن الأسرة والوظيفة التابع لإدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML). ستكون جهة العمل مسؤولة عن إرسال مساهمات إلى إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) لجميع الموظفين، على الرغم من أنها قد تقتطع جزءاً من أجر الموظف. يمكن تعديل معدل المساهمة سنوياً ويمكن العثور عليه في إشعار المعدل الفعلي المرفق.

كيفية تقديم مطالبة

يجب على الموظفين تقديم مطالبات تعويضات الإجازات العائلية والإجازات الطبية مدفوعة الأجر لدى إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) باستخدام نماذج الإدارة. ستكون الاستمارات وإرشادات تقديم المطالبة متاحة على الموقع الإلكتروني للإدارة www.mass.gov/DFML، قبل يناير/ كانون الثاني 2021.

يتعين على الموظفين تقديم إشعار قبل مدة 30 يوماً على الأقل إلى جهة العمل من تاريخ البدء المتوقع لأي إجازة وطول الإجازة المتوقع وتاريخ العودة المتوقع. يتعين على الموظف غير القادر على تقديم إشعار قبل مدة 30 يوماً بسبب ظروف خارجة عن إرادته أن يقدم إشعاراً في أسرع وقت ممكن.

المدفوعات للإجازات الحالية

أي إجازة مدفوعة الأجر منصوص عليها بموجب اتفاق المفاوضة الجماعية أو سياسة جهة العمل وتدفع بنفس المعدل أو أعلى من الإجازة المدفوعة المتاحة بموجب هذا القانون يجب أن تحسب مقابل مخصصات الإجازة المتاحة بموجب هذا القانون.

الإعفاء بموجب خطة خاصة

يجوز لجهة العمل التي تقدم إجازة مدفوعة الأجر مع مزايا سخية تعادل على الأقل تلك المنصوص عليها في القانون أن يتقدم بطلب للحصول على إعفاء من دفع اشتراكات الصندوق الائتماني لأمن الأسرة والوظيفة التابع لإدارة الإجازات العائلية والطبية. يجوز لجهة العمل التقدم بطلب للحصول على إعفاء من مساهمة الإجازة الطبية أو مساهمة الإجازة العائلية أو كليهما.

يجب تقديم تفاصيل أي خطة خاصة للموظفين من قبل جهة العمل في نفس الوقت الذي يتم فيه تقديم هذا الإشعار.

لا يزال الموظفون يتمتعون بالحقوق في إجازة مع حماية الوظيفة وبالحماية من التمييز والانتقام بموجب القانون حتى عندما تختار جهة العمل تقديم مزايا الإجازات المدفوعة من خلال خطة خاصة.

<input type="checkbox"/> ليس لديها خطة خاصة معتمدة؛	
<input type="checkbox"/> لديها خطة خاصة معتمدة لكل من الإجازات العائلية والإجازات الطبية؛	
<input type="checkbox"/> لديها خطة خاصة معتمدة للإجازات العائلية فقط؛	
<input type="checkbox"/> لديها خطة خاصة معتمدة للإجازات الطبية فقط.	
	(اسم جهة العمل)

معلومات الاتصال بإدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML)

The Massachusetts Department of Family and Medical Leave

Charles F. Hurley Building

19 Staniford Street, 1st Floor

Boston, MA 02114

(617) 626-6565

www.mass.gov/DFML

تتوفر المزيد من المعلومات

للحصول على معلومات أكثر تفصيلاً، نرجو استشارة الموقع الإلكتروني للإدارة: www.mass.gov/DFML.

إقرار

يقر توقيعك أدناه باستلامك للمعلومات الواردة أعلاه في غضون 30 يومًا من تاريخ بدء التوظيف أو قبل 1 أكتوبر/ تشرين الأول، 2019، أيهما يأتي لاحقاً.

التوقيع

التاريخ

الاسم (بخط واضح)

سوف يتم الاحتفاظ بإقرارك الموقع لدى جهة عملك. يرجى الاحتفاظ بصورة من الإقرار في سجلاتك.

المعدلات السارية: 2019

لجهات العمل التي لديها 25 موظفاً أو أكثر

مساهمات الإجازات العائلية	مساهمات الإجازات الطبية	إجمالي قيمة المساهمة
%13	%62	%75

في 1 أكتوبر/ تشرين الأول، 2019، ستبدأ المساهمات في الصندوق الائتماني لأمن الأسرة والوظيفة التابع لإدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML). ستتحمل جهة العمل مسؤولية إرسال المساهمات إلى إدارة الإجازات العائلية والطبية (DFML) لجميع الموظفين.

في الوقت الحالي، يبلغ إجمالي مبلغ المساهمة 00.75% من الأجور. من إجمالي مبلغ المساهمة البالغ 00.75%، هناك التقسيم التالي: 17.3% مساهمة للإجازة العائلية و 82.7% مساهمة للإجازة الطبية.

بموجب القانون، تكون جهة العمل مسؤولة عن 60% على الأقل من مساهمة الإجازة الطبية (37.2% من الأجور)، لكن يُسمح لها بخصم 40% من مساهمة الإجازة الطبية (24.8% من الأجور) وما يصل إلى 100% من مساهمة إجازة الأسرة (13% من الأجور).

إجمالي المساهمة المطلوبة: %62			الإجازة الطبية
من مساهمات الإجازة الطبية	%____	سوف تساهم بـ _____	
سوف تخصم من أجورك	%____	والبقية البالغة _____ (اسم جهة العمل)	

إجمالي المساهمة المطلوبة: %13			الإجازة العائلية
من مساهمات الإجازة العائلية	%____	سوف تساهم بـ _____	
سوف تخصم من أجورك	%____	والبقية البالغة _____ (اسم جهة العمل)	

التوقيع بالأحرف الأولى